Lane Medical Library

Eine

Krebsoperation mit nachfolgendem plastischen Ersatz des Defektes in zwei Zeiten.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

unter dem Präsidium

des

Herrn Geheimrath Professor

DR. J. N. RITTER VON NUSSBAUM

k. b. Generalstabsarzt à l. s.

der

medicinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt

von

Ferdinand Brüny

prakt. Arzt aus Bremen.

München, 1883.

Kgl. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Eine

Krebsoperation mit nachfolgendem plastischen Ersatz des Defektes in zwei Zeiten.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

unter dem Präsidium

des

Herrn Geheimrath Professor

DR. J. N. RITTER VON NUSSBAUM

k. b. Generalstabsarzt à l. s.

der

medicinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt

von

Ferdinand Brüny

prakt. Arzt aus Bremen.

München, 1883.

Kgl. Hof- u. Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Meiner Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153302_0176

Vorliegender Fall einer Krebsoperation in zwei Zeiten ist bis jetzt der einzigste, welcher zuerst von Herrn Geheimrath von Nussbaum ausgeführt worden ist. Bevor ich auf denselben näher eingehe, sei es mir gestattet, einige Worte über Operationen en deux temps zu sagen. Der Gedanke, eine gefährliche Operation durch eine Operation en deux temps ungefährlich zu machen, ist keine Errungenschaft der neuesten Zeit; denn B. von Langenbeck hat dieselbe im Jahre 1854 angegeben und zwar für die subcutane Osteotomie. Der Beweggrund, welcher den berühmten Chirurgen veranlasste, eine neue, von den bisherigen Methoden wesentlich abweichende zu empfehlen und selbst zuerst zur Ausführung zu bringen, war die Gefahr der septischen Infection, welche man in jener Zeit, also lange vor der so unendlich segensreichen Erfindung und Einführung der Lister'schen Antiseptik, mit vollem Rechte bei complicirten Frakturen fürchtete. Und was anders war und ist bis zum heutigen Tage die Osteotomie, ausgeführt nach der alten Methode, nach welcher die Durchbohrung oder Durchmeisslung mit nachfolgender Abknickung der noch bestehenden dünnen Knochenspange geschah, als eine complicirte Fractur! Da, wie gesagt, zu jener Zeit von einer Antiseptik, wie sie jetzt von allen Chirurgen geübt wird, keine Rede war, so suchte von Langenbeck der Gefahr einer eitrigen Ostitis, welche sich nach Osteotomien so häufig einzustellen pflegte, vorzubeugen, indem er die bisherige Operationsmethode dahin modificirte, dass er die complicirte Fractur vermied. Während

bisher in den Fällen, in welchen wegen Stärke der Knochen, wegen der Nachbarſchaft wichtiger Gefäſse und Nerven u. ſ. w. eine gewaltſame Fractur durch äuſsere Gewalt nicht zu erzielen war, die Oſteotomie derart ausgeführt wurde, daſs nach Durchtrennung der Weichtheile bis auf den Knochen letzterer angebohrt und theilweiſe durchſägt oder angemeiſselt und dann die künſtliche Fractur hergeſtellt wurde, führte von Langenbeck [1]) die ſubcutane Oſteotomie en deux temps bei zwei Kranken im Jahre 1854 aus und zwar an der Tibia. In derſelben Art wie früher führte er einen zolllangen Schnitt, welcher die Weichtheile durchtrennte, und durchbohrte alsdann mit einem Bohrer die ganze Dicke des Knochens. In dieſes Bohrloch führte er eine feine Stichſäge und ſägte nun den Knochen bis auf eine dünne Corticalſchicht durch. Darauf Vereinigung der Hautwunde durch die Naht. Seine Hoffnung, es werde die Haut- und Reſectionswunde ohne Eiterung in wenigen Tagen heilen, ging jedoch nicht in Erfüllung. Bei beiden Patienten trat eine ziemlich ſtarke Eiterung auf, welche bei einem der Kranken 14 Tage lang andauerte. Nachdem die durch die Oſteotomie angeregte Entzündung und Eiterung abgelaufen war, nahm er den zweiten Akt der Operation vor, die Durchbrechung der dünnen Corticalſchicht durch äuſsere Gewalt und erzielte ſo eine einfache, nicht complicirte Fractur. Der weitere Verlauf bei beiden Patienten war ein vollkommen befriedigender. Jedoch nicht befriedigt durch den Anfangs ungünſtigen Verlauf in beiden Fällen, gab von Langenbeck dieſe Methode en deux temps wieder auf und operirte jetzt einen anderen Fall derart, daſs er Oſteotomie und Knochenbruch unmittelbar auf einander folgen lieſs und zwar mit günſtigem Erfolge.

Heut zu Tage, wo Dank der Einführung und auch ſo vollkommenen Anwendung der Antiſeptik die Gefahr einer

---

[1]) Deutſche Klinik, Jahrgang 1854, Nr. 30.

Infektion bei complicirten Fracturen, wenn auch nicht ganz beſeitigt, ſo doch auf ein Minimum reducirt erſcheint, findet die von Langenbeck'ſche Methode der ſubcutanen Oſteotomie en deux temps keine Anwendung mehr, da man durch die Oſteotomie mit gleich nachfolgender Fracturirung des Knochens dem Patienten die Dauer des Krankenlagers bedeutend abkürzt.

G. Simon hat zuerſt ein Verfahren angegeben bei der Operation von Echinococcusgeſchwülſten der Unterleibshöhle, durch welches er dieſelbe in zwei Zeiten ausführte. Da in der damaligen Zeit eine operative Entfernung eines Echinococcus aus der Bauchhöhle wegen der Gefahr einer Peritonitis nicht wohl ausführbar war, ſo führte G. Simon die Operation in folgender Weiſe aus: Er ſtach zwei feine Troicarts in einer Entfernung von circa 2—3 cm von einander in die Geſchwulſt ein und verſchloſs, um eine Entleerung und eine hiedurch bedingte Entfernung der Geſchwulſt von der vorderen Bauchwand zu verhindern, die äuſseren Oeffnungen der Canülen mit Wachs. Beide Canülen übten als Fremdkörper einen Reiz aus, und es entſtand ſo zwiſchen beiden eine adhaeſive Peritonitis, welche das parietale Blatt des Peritoneums mit dem visceralen Blatte desſelben verſchmolz. Auf dieſe Weiſe fand aber auch zugleich eine Verwachſung des Echinococcusſackes mit der Bauchwand ſtatt, und Simon konnte nun nach einigen Tagen eine Inciſion zwiſchen den beiden Canülen bis in den Echinococcusſack machen, ohne die Bauchhöhle zu eröffnen und zu gefährden. Dieſelbe Methode der Entfernung eines Echinococcus der Bauchhöhle kann auch noch heutzutage ausgeführt werden, jedoch muſs man bedenken, daſs, wenn man unter den Maſsregeln der Aſepſis operirt, eine adhaeſive Peritonitis, wie die Erfahrung gezeigt hat, nicht zu Stande kommt.

Wiederum war es die Furcht vor Sepſis, welche Langenbuch [1]) veranlaſste, eine neue Methode der Sectio alta en

[1]) Archiv für klin. Chirurgie Band XXVI. Heft 1.

deux temps anzugeben. Da bei der Sectia alta eine Verletzung des Peritoneums äufserft leicht vorkommen kann, zumal da die Umfchlagsftelle desfelben auf die Bauchwand ziemlich weit herabreichen kann, fo fchlug Langenbuch ein Operationsverfahren vor, durch welches, felbft wenn es fich um eine gröfsere Eröffnung der vorderen Blafenwand handelt, alfo bei Entfernung von grofsen Steinen, eine Eröffnung der Bauchhöhle nicht ftattfinden foll. Die Operationsmethode, welche er, wie er in feiner Veröffentlichung erwähnt, nur an der Leiche ausführte, ift folgende: 4—5 cm langer Querfchnitt am oberen Rand der Symphyfe und an den Endpunkten desfelben ein circa 3 cm langer fagittaler Schnitt, durch welche die vordere Blafenwand fowie die paraveficale Bauchfalte freigelegt wird. Die Blutung foll bei diefer Schnittführung eine fehr geringe fein, da von den Gefäfsen höchftens der Ramus pubicus der Art. epigaftrica inf. getroffen werden kann, welche leicht zu unterbinden ift. Nach Freilegung der paraveficalen Bauchfalte wird diefelbe angefchnitten und auf der Hohlfonde, entfprechend der Länge des primären Hautfchnittes gefpalten. Hierauf rollt man den Bauchwandlappen etwas nach Innen und zwängt ihn hinter den Scheitelpunkt der Blafe zurück, wofelbft er entweder durch einige Nähte oder durch Einlage von Gaze in der gewünfchten Lage erhalten werden kann. Nach Anlegung des antifeptifchen Verbandes wird fich nun nach 5—8 Tagen ein neuer Bauchfellverfchlufs herftellen können, welcher nur einige Centimeter nach oben verfchoben ift. Ift derfelbe vollkommen eingetreten, fo kann zur Eröffnung der Blafe und Extraction des Steines gefchritten werden. Nach Entfernung des Steines wird ein Nélaton'fcher Katheder vom Innern der Blafe aus durch die Urethra geführt und hierauf die Wunde forgfältig durch Nähte gefchloffen. Durch ein in die Blafe hineinreichendes Drainrohr kann felbige nach Bedürfnifs mit antifeptifchen Flüfsigkeiten ausgefpült werden. Da zugleich der Urin durch den Katheter freien Abflufs hat,

fo wird auf diefe Weife jede verderbliche Urineinwirkung von der Blafennaht abgehalten. Die Vortheile, welche Langenbuch durch diefes Operationsverfahren en deux temps zu erzielen glaubt, find Vermeidung profufer Blutungen, feptifcher Harninfiltration und einer tödtlichen Peritonealverletzung. Wie bereits erwähnt, hat Langenbuch bis jetzt diefe Operation nur an der Leiche ausgeführt. In wie weit felbige den gewünfchten Erwartungen entfprechen wird, mufs erft der Erfolg am Lebenden ergeben.

Aufser diefen von B. von Langenbeck, G. Simon und Langenbuch angegebenen Operationen en deux temps, durch welche vor Allem angeftrebt wurde, eine feptifche Infection mit nachfolgender Pyaemie zu vermeiden, müffen wir noch einige weiteren Operationen, ausgeführt in zwei, refp. mehreren Sitzungen, anführen, durch welche man nicht fo fehr jenes Refultat zu erreichen fuchte, als vielmehr eine Erleichterung der ganzen Operation.

Hierher gehört die Zurücklagerung des prominenten Zwifchenkiefers bei doppelfeitiger Hafenfcharte, welche zuerft im Jahre 1868 gleichzeitig von Bardeleben, A. Guérin, Delore und Mirault in zwei Zeiten angegeben wurde. Während bei den bis dahin angewandten Methoden der Erfolg der Zurücklagerung des prominenten Zwifchenkiefers in zweierlei Hinficht oft zu wünfchen übrig liefs, nämlich einmal durch die Blutung aus den beiden durchfchnittenen A. A. septi narium und zweitens durch das Ausbleiben einer feften Verbindung des Zwifchenkiefers mit dem hinteren Theil des Vomer, wurden durch die in dem betreffenden Jahre ausgeführte fubperioftale Excifion eines dreieckigen Stückes aus dem Vomer jene Nachtheile gänzlich befeitigt.

Was das Operationsverfahren anbelangte, fo wurde folgendermaffen vorgegangen: Zunächft führt man einen Längsfchnitt, welcher Schleimhaut und Periofl durchtrennt. Derfelbe mufs genau auf den freien Rand des Vomer fallen und ver-

läuft dann zwifchen den beiden A. A. septi narium. Darauf werden die Weichtheile mit dem Periofl von Vomer mit einem Elevatorium abgehebelt und mit einer ftarken Scheere ein dreieckiges Stück aus dem Vomer excidirt. Jetzt drängt man den Zwifchenkiefer in die normale Stellung zurück und fixirt ihn mit quer übergelegten Heftpflafterftreifen einige Tage hindurch, bis feine Einheilung erfolgt ift. Ift diefe eingetreten, fo fchreitet man zum zweiten Akt der Operation, zum Schlufs der Lippenfpalte, welche nach der bekannten Methode erfolgt. Die Combination beider Operationen kann jedoch auch in einer Sitzung ausgeführt werden und wird auch heutzutage von den meiften Chirurgen vorgezogen, weil durch fie eine weit fichere Feftftellung für den Zwifchenkiefer erzielt wird als durch die Heftpflafterftreifen.

Durch die von Middeldorpf eingeführte Galvanocauftik ift eine weitere Operationsmethode in mehreren Zeiten gegeben bei der Behandlung cavernöfer Tumoren. Die oft fehr weite Ausdehnung derfelben, ihr Zufammenhang mit tiefer liegenden Gebilden und ihr Vorkommen als angeborene Gefchwülfte, deren jähes Wachsthum oft ein operatives Einfchreiten bei noch fehr kleinen Kindern nothwendig macht, laffen in einer Reihe von Fällen die Exftirpation mit dem Meffer nicht immer rathfam erfcheinen. Von eminentem Werthe ift in folchen Fällen die Galvanocauftik. Wir finden diefelbe theils allein zur Ausrottung der Angiome gebraucht, theils zu vorbereitenden Operationen verwendet, um die Gewebe fo zu verändern, dafs fie fich für die nachfolgende Exftirpation mit dem Meffer eignen. Die Art und Weife der Anwendung der Galvanocauftik bei cavernöfen Tumoren ift folgende: Je nach der Gröfse der Gefchwulft werden ein oder mehrere Platindrähte durch diefelbe mit einer Nadel durchgeführt, und läfst man alsdann durch aufgefetzte Klemmen den Draht nach der beabfichtigten Wirkung mehr oder weniger lang erglühen, wodurch einmal die Blutung fehr unbedeutend wird und anderer-

feits zugleich die Gewebe zur Verödung gebracht werden. Eventuell mufs natürlich bei gröfserer Ausdehnung der Gefchwulfte diefes Verfahren öfters wiederholt werden. In gleicher Weife kann man auch das zuerft von Herrn Geheimrath von Nufsbaum [1]) angegebene nagelförmige Glüheifen gebrauchen, welches an einer oder mehreren Stellen, ebenfalls eventuell in mehreren Sitzungen, in die Gefchwulft eingefenkt wird. Ferner verwendet man Galvanocauterien verfchiedener Art dazu, um die Gefchwulft von der Oberfläche her zu zerftören und zwar in mehreren Zeiten, um die Reaction abzuwarten oder nicht zu ftark werden zu laffen.

Ein grofser Fortfchritt in der Behandlung der Ectopia veficae wurde von Thierfch im Jahre 1869 durch die Methode der Ueberpflanzung granulirender Lappen in mehreren Sitzungen in die Chirurgie eingeführt. Während nämlich bis dahin der Uebelftand des plaftifchen Verfchlufses der Bauchblafenfpalte in einer Sitzung fich darin zeigte, dafs der transplantirte Lappen fehr häufig gangraenös wurde, fo fchlug Thierfch ein Verfahren ein, durch welches zwar der Verlauf bis zum definitiven Verfchlufs des Defectes ein bedeutend protrahirter wurde, dafür aber mit Sicherheit ein Gangraenöswerden der Lappen vermieden wurde. Zur Deckung des Defectes brauchte Thierfch zwei feitliche Lappen aus der Bauchhaut, deren jeden er fo grofs vorzeichnete, als ob er allein den Defect fchliefsen follte. Der erfte Lappen mufs den unteren Theil des Defectes decken. Man hält fich bei der Umfchneidung desfelben mit dem inneren Schnitt möglichft median an Blafenrand und Peniswurzel; der äufsere Schnitt wird dem erfteren parallel bis unter das Ligamentum Poupartii geführt. Das fo umfchriebene, oben und unten nicht getrennte Hautftück wird nun in situ brückenförmig gelöft und ein Staniolplättchen untergefchoben. Granulirt die Hautbrucke auf ihrer unteren Seite kräftig, fo

[1]) Bayr. ärztl. Intelligenzblatt 1861.

verbindet man die oberen Enden der Seitenfchnitte und hat nun einen granulirenden, ftark vascularifirten Lappen mit der Bafis unten, der über den unteren Theil des Defectes gelegt und mit den Blafenrändern genau vereinigt wird. Ift die Anheilung erfolgt, fo fchliefst man in analoger Weife den oberen Theil, nur wird der Decklappen aus einem etwas höher gelegenen Stück der Bauchhaut gebildet.

Eine Hauptfchwierigkeit bei der Operation der Blafenfcheidenfifteln, zumal wenn diefelben hoch oben fitzen, ift das ungünftige Operationsterrain. Diefem Uebelftande fuchte Baker Brown durch folgendes Verfahren abzuhelfen. Ungefähr vierzehn Tage zuvor er den Verfchlufs der Fiftel ausführt, macht er je eine rechts- und linksfeitige Incifion in die Schleimhaut, welche fich durch die ganze Vagina bis zum Introitus erftrecken, und füllt alsdann die Scheide mit Charpie aus. Diefe Schnitte contrahiren fich nun narbig, und die Folge davon ift, dafs die Fiftel tiefer nach unten gezogen wird. Auf diefe Weife erhielt Baker Brown ein bei weitem bequemeres Operationsfeld, und es gelang ihm fo, die Schliefsung der Fiftel, welche fonft oft einen mehrftündigen Zeitaufwand erforderte, in circa 15 Minuten auszuführen.

Bei krampfartiger Kieferklemme, wie man fie oft auftreten fieht nach Scharlach, Mafern und lang fortgefetztem Calomelgebrauch, hatte man früher die fubcutane Myo- und Tenotomie der Kaumufkeln ausgeführt, jedoch meift ohne Erfolg, da mit der Heilung die Wirkung der Tenotomie verfchwand. Es ift das Verdienft von B. von Langenbeck, eine Methode en deux temps zuerft empfohlen und ausgeführt zu haben, durch welche es ihm gelang bei krampfartiger Kieferklemme eine abfolute Heilung zu erzielen. In der erften Sitzung durchtrennt von Langenbeck die äufsere Haut und den M. maffeter vollftändig. Hierauf läfst er 14 Tage lang

[1]) Lancet. March. 1864.

täglich ausgiebige Kaubewegungen anſtellen, friſcht dann die Hautränder an und vereinigt ſie wieder durch die Naht, nicht jedoch den M. maſſeter. Das Reſultat war ſtets ein gutes.

Eine weitere Operation in zwei Sitzungen iſt die von v. Bruns angegebene Methode der Anlegung der Naht nach Amputationen erſt nach Verlauf von 2—3 Stunden. v. Bruns glaubte durch längeres Offenlaſſen der Weichtheile und dadurch bedingtes reichlicheres Ausbluten ein prima reunio eher zu erzielen, als wenn er unmittelbar nach der Amputation die Wundränder vereinige. Heutzutage, wo ſtets unter antiſeptiſchen Cautelen operirt wird, dürfte wohl jene Methode nicht mehr in Anwendung gebracht werden.

Als letzten Fall einer Operation en deux temps möchte ich noch die Transplantation eines Knochenſtückes anführen, welche vor 10 Jahren von Herrn Geheimrath von Nuſsbaum zum erſten Male mit Erfolg ausgeführt worden iſt und bis jetzt der einzig daſtehende Fall iſt. Es fand ſich bei dem betreffenden Kranken ein ziemlich bedeutender Defect der Ulna. Nachdem zuvor von vier Chirurgen verſchiedene operative Eingriffe vorgenommen waren, als Einſchrauben von goldenen Schrauben u. ſ. w., um eine Wucherung des Knochens zu erzielen, jedoch ohne jeglichen Erfolg, machte Herr Geheimrath von Nuſsbaum folgende Operation: Er trennte von der Ulna ſubperioſtal ein Stück entſprechend der Gröſse des Defectes ab, ſo daſs es am Perioſt hängen blieb, und lagerte dann das Knochenſtück herüber. Die Heilung gelang vollkommen. Daſs es Herrn Geheimrath von Nuſsbaum gelungen iſt das Knochenſtück zur Anheilung zu bringen, kann man, wie er ſelbſt ſagt, nur darauf zurückführen, daſs das Perioſt in Folge der verſchiedenen vorausgegangenen Eingriffe ſtark hypertrophiſch und vaſkulariſirt war, und ſomit das Knochenſtück reichlich ernährt wurde. Soll die Transplantation von Knochenſtücken überhaupt gelingen, ſo muſs ſie ſtets en deux temps gemacht werden. Man muſs nämlich zuerſt durch Reizung des Perioſtes

dasſelbe ſtark hypertrophiſch machen, und wenn dieſes ein getreten in einer zweiten Sitzung das Knochenſtück ſubperioſtal abtrennen und transplantiren.

In neueſter Zeit hat nun Herr Geheimrath von Nufsbaum eine Krebsoperation im Geſicht mit nachfolgender Transplantation zur Deckung des entſtandenen Defektes ebenfalls en deux temps ausgeführt, aber aus einem anderen als den bisherig angeführten Motive. Nicht die Beſorgniſs einer Infection bei der Entfernung des Carcinoms lieſsen ihn die Operation in zwei Zeiten vollziehen, ſondern einzig und allein der Umſtand, daſs der Kranke ſehr herabgekommen und decrepide war, und ſomit zu befürchten ſtand, daſs derſelbe beide Eingriffe, die Entfernung der Geſchwulſt und die Labioplaſtik, in einer Sitzung ausgeführt, nicht überleben werde. In wie weit dieſe Krebsoperation en deux temps ihre vollberechtigte Geltung hat, werden wir aus dem Krankheitsverlaufe weiter unten erſehen.

Johann Ecker, 63 Jahre alt, Waldaufſeher aus Irnkofen.

Anamneſe:

Hereditäre Krankheiten ſind in der Familie des Patienten nicht nachweisbar. Sein Vater ſtarb im Alter von 54 Jahren, an welcher Krankheit weiſs Patient nicht anzugeben, doch ſoll er ſtarker Potator geweſen ſein. Die Mutter ſtarb im 70. Lebensjahre an allgemeiner Waſſerſucht. Eine Schweſter, welche verheirathet iſt, erfreut ſich der beſten Geſundheit.

Patient ſelbſt will in ſeiner Jugend nur die gewöhnlichen Kinderkrankheiten als Scharlach, Maſern und Varicellen überſtanden haben In ſeinem ſpäteren Alter will er ſtets geſund geweſen ſein, mit Ausnahme einer Erkrankung in ſeinem 20. Lebensjahre am „Gallenfieber" und am Typhus in ſeinem 50. Lebensjahre. Patient iſt verheirathet und Vater von zwei Kindern, welche geſund und munter ſein ſollen. Was ſein jetziges Leiden anbetrifft, ſo giebt er uber die Entſtehung desſelben folgendes an: Vor fünf Jahren habe er ohne jegliche

nachweisbare Urfache ein Gefchwürchen an die linke Hälfte der Unterlippe bekommen und zwar an der Grenze zwifchen dem Lippenfaum und der aufseren Haut, welches ungefähr die Grofse eines Ein-Pfennigftuckes hatte. Dasfelbe foll fchuppenartig ausgefehen haben, von weicher Conliftenz gewefen fein und bis Anfangs diefes Jahres nicht gefchmerzt haben. Aus demfelben foll haufig eine weifsliche Flufsigkeit herausgekommen fein. Während im Verlaufe der Winter das Gefchwür ftets völlig zum Verfchwinden kam, nahm es nach Wiederaufbruch im Frühjahr allmählig in fehr geringem Maafse an Gröfse zu, fo dafs es im April diefes Jahres erft den Umfang eines Zehnpfennig-Stückes erreicht hatte. Im letzten Winter foll das Gefchwür nicht zur Verheilung gelangt fein. Seit 1½ Jahren foll dasfelbe fernerhin fehr zu Blutungen geneigt gewefen fein, welche fich jedoch nicht fpontan, fondern nur auf einen äufseren Infult hin einzuftellen pflegten. Diefer Infult brauchte die erkrankte Partie nicht direct zu treffen, es genügte fchon eine Erfchütterung der benachbarten Gegend. So giebt Patient an, dafs er in Folge feines Berufes als Waldaufleher öfters habe fchiefsen mufsen, und es jedesmal durch die Erfchütterung zur Blutung gekommen fei. Während bis April diefes Jahres das Gefchwur nur fehr wenig an Umfang zunahm, foll von diefer Zeit ab dasfelbe in rapider Weife um fich gegriffen haben und follen fich zugleich, wie bereits oben erwähnt, äufserft heftige Schmerzen eingeftellt haben. Es ergriff die ganze Unterlippe und das Kinn, ging von hieraus auf den linken Mundwinkel und auf die linke Hälfte der Oberlippe über.

Bereits vor vier Jahren fuchte Patient Rath und Hulfe bei einem Arzte. Derfelbe verordnete Pudern des Gefchwurs mit Alaun. Diefe Behandlungsweife fetzte Patient ½ Jahr lang fort, jedoch ohne jeglichen Erfolg. Ein anderer Arzt, an den fich der Kranke jetzt wandte, gab ihm den Rath, das Gefchwur exftirpiren zu laffen, wozu Patient fich fofort bereit erklarte. Da aber in feinem damaligen Aufenthaltsorte kein

Spital war, fo fcheute Patient die Koften einer Privatbehandlung und es blieb beim Alten. Da jedoch das Gefchwür allmählig an Umfang zunahm, fo conſultirte Patient einen weiteren Arzt. Derſelbe erklärte das Leiden für unbedeutend und verordnete naſſe Compreſſen, welche einmal am Tage erneuert werden ſollten. Dieſes Verfahren ſetzte Patient 3 Wochen hindurch fort; das Reſultat war, daſs die Gegend um das Gefchwür herum ziemlich bedeutend anſchwoll, welche Gefchwulſt jedoch bald nach Weglaſſung der Compreſſen ſpontan zurückging. Patient, unzufrieden mit den bisherigen Erfolgen reſp. Miſserfolgen der Behandlung, war wenig beſorgt um ſein Leiden und entzog ſich der ärztlichen Behandlung. Erſt im April dieſes Jahres, als das Gefchwür raſch anfing ſich zu vergröſsern, wandte er ſich wieder an einen Arzt, welcher ihm den Rath gab, ſich in die hieſige chirurgiſche Klinik aufnehmen zu laſſen, woſelbſt denn auch am 5. Mai ſeine Aufnahme erfolgte. Eine Infection quo ad genitalia ſtellt Patient entſchieden in Abrede. Während ſeiner ganzen Krankheit bis zum April dieſes Jahres will er ſich ſtets wohl befunden haben und noch bis vor $^1/_2$ Jahre ſeinen Beruf als Waldaufſeher nachgekommen ſein, von dieſer Zeit ab nicht mehr, da durch die Erſchütterungen beim Schieſsen die Blutungen leichter eintraten und auch profuſer wurden. Auch will der Kranke ſeit April abgemagert ſein, was leicht erklärlich, da er ja durch ſein Leiden an der Nahrungsaufnahme ſehr behindert war. Was das Allgemeinbefinden des Patienten anbetrifft, ſo iſt daſſelbe trotz ſeines ſchweren Leidens im Ganzen und Groſsen zufriedenſtellend. Schlaf, Appetit und Verdauung ſind gut. Temperaturſteigerungen ſind nicht zu verzeichnen.

Status praeſens:

Patient, ein 63jähriger Mann, jedoch bedeutend älter ausſehend, iſt von groſser Statur. Die Muskulatur, ſowie der Panniculus adiposus ſind ſchlecht entwickelt, wie denn überhaupt

der Kranke ſtark abgemagert iſt. Der Knochenbau, ziemlich robuſt, zeigt keine Spuren überſtandener Rachitis. An den ſichtbaren Schleimhäuten iſt eine geringe Anämie wahrnehmbar. Durch die Percuſſion und Auskultation iſt über den Lungen und am Herzen Nichts Abnormes nachzuweiſen. Der Urin iſt frei von Eiweiſs. Das Geſicht des Patienten bietet einen ſchrecklichen Anblick dar. Die Unterlippe bis zum Kinne fehlt; an ihrer Stelle findet ſich eine Geſchwürsfläche, welche ſich, auf den linken Mundwinkel und von da auf die Oberlippe fortpflanzend, auch hier zerſtörend eingewirkt hat. Der Rand des geſammten Geſchwüres, welches ſtinkenden Eiter in reichlicher Menge abſondert, iſt ausgefreſſen, gewulſtet, geröthet und ſtark indurirt. Die Geſchwürsfläche liegt tiefer bis zu $^1/_2$ Ctm. als die benachbarte geſunde Umgebung; ſie iſt unregelmäſsig, zeigt kleine warzenförmige, bei der leiſeſten Berührung leicht zur Blutung geneigte Höcker, zwiſchen dieſen von Sekret und Schmutz erfüllte Kluften. An einigen Stellen finden ſich Kruſten, beſtehend aus eingedicktem eitrigen Sekret, Blut und Schmutz. Unten ſitzt das Geſchwür, beſonders am Kinn, feſt auf dem Knochen auf, ſo daſs dieſer, jedenfalls aber ſicher ſein Periоſt ſchon in Mitleidenſchaft gezogen iſt. An der Grenze der Schleimhaut der Unterlippe und der Gingiva der unteren Schneidezähne hat das Geſchwür auf die Gingiva übergegriffen. Wie bereits oben erwähnt iſt der linke Mundwinkel ſowie die linke Hälfte der Oberlippe ebenfalls von dem Geſchwür zerſtört, und beträgt die Breite der Zerſtörung an der letzteren vom Lippenſaume ab gerechnet circa $^1/_2$ — 1 Ctm. Eine Induration benachbarter Lymphdruſen beſteht jedoch nachweisbar nicht.

Diagnoſe:

Der Sitz und das Ausſehen des Geſchwürs unter Berückſichtigung des Alters des Individuums zwingen die Diagnoſe zu differenziren zwiſchen Syphilom, Lupus und Carcinom. Um

zu entfcheiden, mit welcher von diefen Erkrankungen der Haut wir es hier zu thun haben, müffen wir einerfeits die Anamnese berückfichtigen, andererfeits aber auch mit wenigen Worten das Entftehen und das klinifche Bild eines jeden der genannten Gefchwürsprozeffe fchildern.

Die erfte Möglichkeit, dafs es fich bei unferem Patienten um ein Syphilom handeln könnte, dürfen wir fchon mit ziemlicher Beftimmtheit von vornherein ausfchliefsen; denn der Kranke ftellt jede fyphilitifche Infection in früheren Jahren entfchieden in Abrede, was zu glauben wir auch berechtigt find, da fich weder an den Genitalien noch an einer fonftigen Stelle des Körpers ältere oder jüngere Symptome der Syphilis finden. Andererfeits aber entfpricht das Ausfehen des urfprünglichen kleinen Gefchwüres an der Unterlippe durchaus nicht dem Bilde, welches uns das Syphilom zeigt. Vor Allem aber find es zwei Faktoren, welche die Annahme, dafs es fich um ein Syphilom handele, nicht geftatten. Zunächft der Umftand, dafs bei dem Kranken das Gefchwür auf den leifeften Infult hin zu Blutungen geneigt war, welche beim Syphilom in Folge feines an Gefäfsen armen Bindegewebes nicht auftreten, und zweitens die langfame, aber ftetige Entwicklung des Gefchwüres. Ein Gefchwür, welches Jahrelang befteht, fcheinbar (vielleicht mit Borken?) heilt, dann wieder erfcheint, dann fich plötzlich vergröfsert, ift kein fyphilitifches. Ein Syphilom bietet neben Zerfall an der einen Stelle auch Neubildung an einer anderen, das Carcinom dagegen fchreitet zerftörend nach allen Richtungen weiter.

Fernerhin könnten wir annehmen, dafs es fich bei unferem Patienten um Lupus handle. Gegen Lupus fpricht jedoch folgendes:

Zunächft das Alter des Kranken. Es entwickelt fich bekanntlich der Lupus in der Regel bei jugendlichen Individuen, ungefähr vom 8. Lebensjahre an bis hinein in die Jahre der Pubertät, während man jenfeits der vierziger Jahre ziemlich

geſichert iſt gegen dieſe Krankheit. Auch iſt der erſte Entſtehungsort ſehr ſelten an der Lippe, ſondern bei Weitem in der Mehrzahl der Fälle an der Naſenſpitze und von dort aus fortſchreitend auf die Naſenflügel, Oberlippe und Wangen. Während man ferner in den meiſten Fällen von Lupus nicht einen einzelnen Erkrankungsheerd findet, ſondern dieſelben meiſt inſelförmig vertheilt ſind, zeigte ſich bei unſerem Kranken nur an der einen betreffenden Stelle ein Geſchwürchen. Hätte es ſich in unſerem Falle um Lupus gehandelt, ſo müſsten wohl bei dem langjährigen Beſtehen der Erkrankung auch die Zerſtörungen gröſser und mehr in die Tiefe gehend ſein, als es bei dem Kranken der Fall iſt.

Haben wir geſehen, daſs es ſich weder um eine ſyphilitiſche noch lupöſe Erkrankung bei unſerem Patienten handelt, ſo bleibt uns jetzt noch übrig, den Beweis zu führen, daſs die Geſchwürsbildung ein Carcinom iſt. Die Anamneſe gibt uns für die Stellung der ſicheren Diagnoſe ſchon zum Theil die Mittel an die Hand, vollſtändig der Status praesens. Schon der Anblick der Geſchwürsfläche macht den Eindruck, als handle es ſich um ein raſch um ſich greifendes Carcinom. Der unregelmäſsig aufgefreſſene Rand des Geſchwüres, welcher, ſtark infiltrirt, ſich wallartig über die Nachbarſchaft erhebt, die tiefer liegende, leicht blutende und ſtinkenden Eiter in reichlicher Menge abſondernde Geſchwürsfläche mit ihren warzenförmigen Höckern zeigt uns das ausgeprägte Bild des Carcinoms. Weiterhin ſpricht für die Annahme, daſs es ſich um ein Carcinom handele, das Alter des Patienten; denn das Lippencarcinom iſt eine Krankheit des höheren Alters, es kommt meiſt in den 50 – 60iger Jahren vor. Auch der ganze Verlauf des anfangs kleinen Geſchwüres, welches ohne an ſeiner urſprünglichen Stelle zur Vertheilung zu gelangen — denn die Angabe des Patienten, daſs das Geſchwür im Winter verheilt ſei, beruht wohl jedenfalls auf Irrthum, es werden ſich eben nur Kruſten gebildet haben, welche dem Kranken das

Bild der Geſchwürsfläche entzogen und ſo die Meinung einer Heilung hervorriefen — weiter und weiter um ſich griff, läſst es zur Gewiſsheit werden, daſs es ſich in der That um ein Carcinom handelt.

Es fragt ſich nunmehr, mit welcher Art des Carcinoms haben wir es in unſerem Falle zu thun. Der Hautkrebs, welcher im Geſichte auftritt, iſt der Epithelkrebs, für welchen Thierſch[1]) zwei Formen unterſchieden hat, nämlich die des flachen und des tiefgreifenden Epithelkrebſes. Beide bieten durch Ausſehen, Verlauf, Prognose und Lokaliſation ein verſchiedenes kliniſches Bild dar und ſind auch weiterhin durch ihre hiſtologiſchen Elemente leicht von einander zu trennen. Haben wir zwar nach Thierſch zwei Arten des Epithelkrebſes zu unterſcheiden, ſo dürfen wir doch nicht auſser Acht laſſen, daſs Uebergänge zwiſchen beiden Formen ziemlich häufig zur Beobachtung gekommen ſind und zwar der Art, daſs oft nach jahrelangem Beſtehen ſich aus dem prognoſtiſch weit günſtigeren flachen Epithelkrebs ein tiefgreifender herausgebildet hat. So iſt es auch ohne Zweifel bei unſerem Patienten der Fall geweſen. Während es ſich anfänglich um ein flaches Epithelcarcinom, ein Ulcus rodens, handelte, welches über vier Jahre hindurch faſt ſtationär blieb, hat ſich erſt nach dieſer Zeit aus demſelben ein tiefgreifender Epithelkrebs mit ſeiner kraterförmigen, raſch um ſich greifenden Ulceration entwickelt. Wir ſtellen daher die Diagnoſe auf »Carcinoma labii inferioris, anguli oris sin., labii superioris, mentis.«

Aetiologie:

Wie man überhaupt ſpezielle Gelegenheitsurſachen, welche den Anlaſs zur Carcinomentwicklung der Unterlippe geben, in der Mehrzahl der Fälle nachzuweiſen nicht im Stande iſt, als Druck der Lippe durch das Pfeifenmundſtück, Einwirkung des Pfeifenſaftes u. ſ. w. — eine Anſicht, welcher z. B.

*) Thiersch, der Epithelkrebs namentlich der Haut. Leipzig 1865.

Thierfch nicht beipflichtet — fo können wir auch in unſerem Falle ein ätiologiſches Moment nicht anführen. Da Patient nach ſeiner Angabe kein Raucher iſt, noch ſonſt irgend welche lang auf die fragliche Stelle einwirkende Inſulte erlitten haben will. Auch zu einer erblichen Dispoſition iſt uns kein Anhalt geboten, da die Anamnese in dieſer Hinſicht Nichts Poſitives ergiebt. Es bleibt uns demnach nur übrig der Anſicht von Thierfch beizupflichten. Nach derſelben ſollen im Lippengewebe Veränderungen vorgehen, welche bedingt ſind durch die im Alter ſich einſtellende allgemeine Herabſetzung vitaler Energie, wodurch der Schwund des Bindegewebes in hohem Grade begünſtigt wird. Und gerade dieſer Schwund des Bindegewebes bietet einen fruchtbaren Boden dar zur Verbreitung für die Epithel-Wucherung zumal an dieſer Hautſtelle, an welcher das Epithel ſchon von Hauſe aus in hyperplaſtiſcher Form vorhanden war.

Prognose:

Was die Prognose anbetrifft, ſo ſind wir auf keine Weiſe berechtigt, dieſelbe als eine günſtige hinzuſtellen, im Gegentheil, wir müſten dieſelbe vor der Hand als dubia bezeichnen. Wenn auch bei der auszuführenden Operation möglichſt weit im Geſunden operirt und ſo dem Anſcheine nach Alles Krankhafte entfernt werden wird, ſo können wir doch nicht mit Beſtimmtheit vorausſagen, ob die Heilung eine vollkommene ſein und nicht nach kürzerer oder längerer Zeit ein Recidiv ſich wieder einſtellen wird. Ein Umſtand freilich bei unſerem Kranken könnte uns die Vermuthung nahe legen, daſs nach gründlicher Entfernung des Carcinoms keine neue Eruption in Zukunft auftreten werde, nämlich der Umſtand, daſs wir auch bei der genaueſten Unterſuchung keine Infiltration weder der Submaxillar- noch der Occipitaldrüſen konſtatiren können. Aber auch dieſer, dem Anſcheine nach prognoſtiſch günſtige Befund kann und darf uns nicht veranlaſſen unſer Urtheil in

Bezug auf die Prognose zu ändern. Denn wenn wir auch eine Erkrankung der benachbarten Lymphdrüſen nachzuweiſen nicht im Stande ſind, ſo kann dieſelbe trotzdem beſtehen, jedoch eine bis jetzt ſo geringfügige ſein, daſs ſie der äuſseren Unterſuchung entgeht. Es ſind in der Literatur Fälle ſolcher Art in reichlicher Zahl vorhanden, in denen erſt nach kürzerer oder längerer Zeit nach der Operation in den vor derſelben dem Anſcheine nach geſunden Lymphdrüſen ſekundäre Krebsknoten auftraten, ebenſo bei anderen bösartigen Neubildungen, die mit ſekundären Drüſenerkrankungen einhergehen, z. B. beim Sarkom. So wurde vor einem Jahre auf der von Nussbaum'ſchen Klinik wegen eines koloſſalen Oſteosarkoms am unteren Ende der Tibia die Unterſchenkelamputation gemacht. Die Inguinaldrüſen waren damals nachweislich nicht erkrankt. Vor Kurzem kehrte der Patient mit einem über zwei fauſtgroſsen Lymphosarkom der Inguinaldrüſen auf die Abtheilung zurück, welches dann exſtirpirt wurde. Jedenfalls prognoſtiſch ſehr unangenehm in unſerem Falle quo ad Recidive iſt das Mitergriffenſein des Perioſtes und des Knochens des Unterkiefers im Bereiche des Kinnes. Die Prognose quo ad vitam iſt äuſserſt ſchlecht. Die Erfahrung zeigt nämlich, daſs nach ſolch ausgedehnten Krebsoperationen die Kranken, welche das 60. Lebensjahr überſchritten hatten, meiſt nach einigen Tagen an Marasmus zu Grunde gingen. Anfangs freilich nach der Operation ſcheint eine Wendung zum Beſſern eingetreten zu ſein, indem der noch aufgeſpeicherte Parenchymſaft dem Kranken neue Kraft giebt. Der nicht unbedeutende Blutverluſt bewirkt aber, daſs kein neuer Saft mehr gebildet und aufgeſpeichert wird, und die Folge davon iſt, daſs bald der Tod durch Marasmus eintritt.

Therapie:

Es iſt klar, daſs der alte, ſehr heruntergekommene Patient bei Fortbeſtand ſeines Leidens ſehr bald zu Grunde gehen

wird. Denn einmal wird durch das Carcinom der Unterlippe oder beſſer ausgedrückt durch den Defect der ganzen Unterlippe die Nahrungsaufnahme ſehr erſchwert, ferner aber nimmt auch der Kranke von dem Sekret der jauchenden Geſchwürsfläche beſtändig in ſeinen Körper auf, welche Thatſache ſchon ſein kachektiſches Ausſehen bezeugt. Aufserdem iſt die Geſchwürsfläche ſchon bei der geringſten Berührung zu Blutungen geneigt, und eine Arroſion eines gröfseren Gefäſses mit folgendem ſtarken Blutverluſte liegt ſehr im Bereiche der Möglichkeit. Können wir dem Kranken auch eine radicale Heilung nicht mit Gewifsheit verſprechen, ſo ſind wir doch gezwungen, operativ vorzugehen, einerſeits um eine weitere Ausdehnung des Geſchwüres mit ſeinen verderblichen Folgen zu verhindern, andererſeits um dem Kranken das Leben, wenn auch im ſchlimmſten Falle nur auf Monate zu erleichtern und wieder angenehm zu machen.

Eine Hinwegnahme des Carcinoms iſt alſo eine Indicatio vitalis. Es fragt ſich nur auf welche Art und Weiſe die Entfernung der Geſchwulſt vorgenommen werden ſoll. Da, wie bereits oben erwähnt, der Kranke ſehr decrepid und herabgekommen iſt, ſo mufs man vor Allem ſein Augenmerk darauf richten, dafs Patient bei der Operation möglichſt wenig Blut verliert. Würde man die Hinwegnahme mit dem Meſſer vornehmen, ſo wäre ein ziemlich betrachtlicher Blutverluſt nicht zu vermeiden. Ueberdiefs — wie bereits erwähnt — ſind nach der Statiſtik des Herrn Geheimrath von Nufsbaum alle Individuen mit gröfseren Lippencarcinomen, die das 60. Lebensjahr überſchritten hatten und die mit dem Meſſer operirt wurden, geſtorben, hiervon die meiſten wieder in der erſten Woche nach der Operation. Um nun der Gefahr eines Blutverluſtes zu entgehen, wird eine Entfernung des Krankhaften mittelſt gluhender Inſtrumente geplant. Es hat ſich nämlich nach neueren Verſuchen gezeigt, dafs einmal bei vorſichtigem, langſamen Operiren auf dieſe Weiſe kein oder ein nur äuſserſt

geringer Blutverluft ftattfindet und zweitens, dafs, wenn unter antifeptifchen Cautelen operirt wurde, der Verlauf ein guter war und fich keine feptifchen Zerfetzungsprodukte unter dem Brandfchorfe bilden. Letzteres werden wir jedoch bei unferem Falle nicht erreichen können. Denn eine Cauterifation unter antifeptifchen Cautelen ift wegen der Communication der Operationsfläche mit der Mundhöhle, welche nicht zu befeitigen ift, nicht möglich. Daher kann man in unferem Falle nur auf den antifeptifchen Verband vertrauen. Da wir nach Entfernung des Carcinoms einen koloffalen Defect bekommen werden, fo wird die Deckung desfelben fchon aus kosmetifchen Rückfichten befchloffen. Jedoch foll die Labioplaftik nicht fofort an die Entfernung des Carcinoms angereiht werden, da einmal eine Ueberdeckung des entftehenden Brandfchorfes mit einem Hautlappen nicht zweckmäfsig ift, andererfeits aber vor Allem eine Vornahme beider Eingriffe in einer Sitzung den Kranken in die gröfste Lebensgefahr bringen würde.

Vorläufig wird nun der Kranke zur Operation vorbereitet; fein Backenbart wird entfernt, die leicht blutende Gefchwürsfläche wird gereinigt und mit feuchtem Borlint darüber Guttaperchapapier verbunden. Patient wird mit kräftigen Brühen, Eiern, Bier u. f. w., welche Flüfsigkeiten er mit dem Gummirohr einfaugt, ernährt.

9. V. Das Allgemeinbefinden des Patienten ift zufriedenftellend. Er war feither fieberfrei. Die Gefchwürsfläche ift von den aufgelagerten Kruften möglichft gereinigt, und es wird heute die Entfernung des Carcinoms auf folgende Weife vorgenommen:

In tiefer Chloroformnarkofe wird mit dem Thermokauter gut 1 Ctm. von der carcinomatöfen Gefchwürsgrenze entfernt die Haut und das Unterhautzellgewebe durchgebrannt. Diefe Durchtrennung auf glühendem Wege wird fehr langfam vorgenommen, ohne zugleich den Thermokauter ftark aufzudrücken, damit keine Blutung erfolge. Dennoch werden an Stellen,

wo die Operationslinie auf gröfsere Gefäfse ftöfst, diefe von der Glühhitze nicht momentan thrombofirt, und es findet trotz aller Vorficht ein geringer Blutverluft ftatt. Diefem, gerade für unferen Fall, unangenehmen Vorkommnifs kann jedoch durch gleichzeitige Compreffion in der Umgebung der Brandlinie durch die Affiftenz genügend vorgebeugt werden. Hierauf wird mit meifsel- und fchaufelförmigen Glüheifen die Neubildung von ihrer Bafis langfam getrennt. Hierbei mufs der Unterkieferknochen am Kinn in der Länge von 3 Ctm. (frontal) und in der Breite von 1 Ctm. (fagittal) von feinem Periofl entblöfst werden. Die Narkofe und die fo vorgenommene Wegnahme des Neoplasmas erfordert einen Zeitaufwand von $^3/_4$ Stunden. Nach vollendeter Operation wird die ganze Brandfläche mit feuchter Jodoformgaze, darüber Borlint und Guttaperchapapier verbunden.

Abends: Patient ift fieberfrei, Schmerzen traten nach der Operation nicht auf und find auch jetzt nicht vorhanden. Ebenfo blieb die Chloroformnarkofe ohne üble Nachwirkung. Der Kranke hat etwas flufsige Nahrung durch die Gummiröhre eingefaugt. Der hierdurch etwas befchmutzte Verband wird entfernt und ein neuer angelegt.

12. V. Mit dem Befinden des Patienten kann man bis jetzt in jeder Hinficht zufrieden fein. Nach Entfernung des Verbandes zeigt fich, dafs der Brandfchorf fchon an einigen Stellen fich demarkirt; zwifchen ihm und der Haut wird ein rother Granulationsftreifen fichtbar. Die gebrannte Flache fecernirt ziemlich viel Eiter, der täglich mit Borwaffer abgefpult wird. Unter dem Schorfe findet fich an manchen Stellen ein eitriges Sekret, doch läfst fich diefes nicht gut entfernen, da man die Schorfe wegen einer eventuellen Blutung nicht wegnehmen kann. Temperaturfteigerungen find bis jetzt nicht zu verzeichnen.

16. V. Es ift keine wefentliche Veränderung in dem Zuftande der Wundflache eingetreten. Der Kranke befindet

ſich den Umſtänden nach ganz wohl und iſt völlig fieberfrei. Appetit, Verdauung, Schlaf gut.

17. V. Bei der heute Morgen vorgenommenen Temperaturmeſſung findet ſich eine Temperatur von 39,0: Als Grund hierfür zeigt ſich eine eryſipelartige Röthe der die Brandfläche umgebenden Haut. Das Eryſipel iſt aller Wahrſcheinlichkeit nach bedingt durch das unter dem Brandſchorfe hie und da verhaltene eitrige Sekret, welches ſich, zumal bei der Communication mit der Luft und auch durch die nicht zu verhindernde Berührung mit dem ablaufenden Speichel, der vom Verbande aufgeſaugt wird, zerſetzt hat. Im Uebrigen hat die Wundfläche keinen ſeptiſchen, ſondern nur einen Brandgeruch. Abendtemperatur 39,0.

18. V. Das Eryſipel hat bis jetzt keine gröſseren Dimenſionen angenommen. Morgen- und Abendtemperatur betragen 39,0.

19. V. Das Eryſipel ſchreitet über das Geſicht weiter gegen die Augen zu, nach Unten auf den Hals. Temperatur Morgens 39,1. Abends 40,0.

21. V. Das Eryſipel iſt auf die Augenlider und auf die Stirn übergegangen. Die Lider, beſonders das des rechten Auges, ſind ſehr ſtark geſchwollen, ſo daſs ſie ſpontan nicht geöffnet werden können.

Temperatur. Morgens 38,8. Abends 39,7.

22. V. Das Eryſipel geht noch auf den behaarten Kopf über, ſetzt ſich jedoch vom Halſe nicht auf den Rumpf fort. Der Verband wird täglich gewechſelt; die Wundfläche ſecernirt ſtark.

Temp. Morgens 39,2. Abends 39,5.

24. V. Bis heute iſt keine Abnahme des Eryſipels zu conſtatiren. Das Allgemeinbefinden des Kranken iſt ziemlich zufriedenſtellend.

Temp. Morgens 36,7. Abends 38,0.

25. V. Das Eryſipel blaſst ab und an den zuerſt

ergriffenen Stellen beginnt bereits die Abfchürfung der Epidermis. Auch der Brandfchorf hat fich an allen Stellen bereits demarkirt und abgeftoffen, und an feiner Stelle findet fich jetzt eine frifche granulirende Fläche, die ziemlich reichlich fecernirt.

Temperatur Morgens 36,0. Abends 37,8.

28. V. Der Kranke befindet fich feither ganz wohl und ift völlig fieberfrei. Die Abfchürfung vom Eryfipel ift faft vollendet. Im Anfchlufs an das Eryfipel haben fich im oberen und unteren rechten Augenlid bohnengrofse, anfangs harte Anfchwellungen gebildet, die jetzt erweicht find und fich als Abscelfe ergeben. Diefelben werden mit dem Meffer eröffnet; es entleert fich guter, dicker Eiter. Feuchter Borlintverband. Der früher beftandene grofse Defekt hat fich durch üppige Granulationsbildung und durch hierdurch verurfachtes Heranziehen der benachbarten Haut bedeutend verkleinert. Der am Kinn durch die Operation blosgelegte Kieferknochen zeigt am Rande zwifchen Granulationen der Nachbarfchaft und Knochen eine deutliche Demarkationslinie und wird fich exfoliiren. Eine Entfernung diefes oberflächlichen Knochenfequefters ift jedoch jetzt ohne Gewalt noch nicht möglich.

4. VI. Die Granulationsfläche ift rein und frifch ausfehend. Der Knochenfequefter läfst fich noch nicht entfernen. Patient drängt fehr bald wieder nach Haufe zu kommen und bittet, dafs man die Labioplaftik beeile. Da zu erwarten fteht, dafs die bereits vollftändig demarkirte Knochenfläche mit geringer Gewalt mit dem Meifsel abgehoben werden kann, fo wird Patient, der fich fehr erholt hat, narkotifirt und alsdann zum zweiten Akt der Operation, zur Labioplaftik gefchritten. Nachdem zuvor der Knochenfequefter losgehebelt ift, wird der Rand der Granulationsfläche angefrifcht und aus der linken Wange ein den Defekt gut deckender Lappen herausgefchnitten. Während der Abpräparirung des Lappens findet eine ziemlich ftarke Blutung ftatt, welche jedoch bald durch Unterbindung der Art. et Vena transversa faciei geftillt

wird. Hierauf wird der Lappen mit Knopfnähten fixirt, und es ift nun der Defekt der Unterlippe wieder vollftändig erfetzt. Die im erften Akt der Operation exftirpirte Partie der Oberlippe in ihrer linken Hälfte hat fich durch Granulationsbildung ziemlich erfetzt, fo dafs hier eine plaftifche Operation nicht vorgenommen zu werden braucht. Der auf der linken Wange durch Wegnahme des transplantirten Lappens entftandene Defekt wird durch Nähte, welche die Weichtheile, befonders in den Winkeln des Defektes, einander nähern, zu verkleinern gefucht. Der transplantirte Lappen hat eine Länge von 8,5 cm und eine Breite von 5 cm. Er hat eine rechtwinklige Geftalt, feine Bafis oder der Stil des Lappens befindet fich 1 cm unterhalb einer von der Mundöffnung horizontal verlaufenden Linie, die Schnittlinie des Lappens verläuft vom linken Mundwinkel im Schatten der Nafe in der Richtung des linken inneren Lidwinkels, geht horizontal unter dem linken Augenlid nach Aufsen circa 1 cm nach Aufsen vom äufseren Lidwinkel, von hier fenkrecht nach abwärts.

4. VI. Abends mifst Patient 40,3. Der Verband wird erneuert, der transplantirte Hautlappen, der fchon fofort nach der Operation eine anaemifche Farbe annahm, befonders an den durch die Naht in Anfpruch genommenen Rändern, ift livid verfärbt und etwas oedematös. Eine der Entfpannungsnähte wird entfernt. Patient ift übrigens fchmerzfrei.

5. VI. Patient fühlt fich recht wohl. Der Lappen hat feine livide Farbung theilweife verloren, nur ift der Rand desfelben fehr dunkelblau verfärbt. Um diefe Circulationsftörung zu heben, follte man die Naht löfen, doch hindert hieran die Ueberlegung, dafs darnach der transplantirte Lappen fich ftark zurückziehen würde. Doch wird eine Entfpannungsnaht gelöft. Temp. Morgens 38,3. Abends 38,7.

6. VI. Status idem. Temp. 38,2, refp. 38,3.

7. VI. Patient befindet fich wohl. Der erwähnte Hautrand ift vollkommen gangraenös geworden, fieht fchwarz aus

und beginnt ſich zu demarquiren. Temp Morgens 37,0. Abends 38,0.

8. VI. Der Hautrand wird entfernt, und damit ſich der transplantirte Lappen nicht allzu ſtark zurückzieht, wird eine ſtarke Entſpannungsnaht angelegt. Temp. Morgens 37,5, Abends 37,8.

12. VI. Patient nährt ſich recht gut. Der Defekt der linken Wange verkleinert ſich durch Hereinziehung der benachbarten Haut. Dadurch wird die linke Oberlippe, ſoweit dieſelbe noch vorhanden iſt, nach oben verzogen. Temp. Morgens 36,7. Abends 37,6.

20. VI. Patient iſt bisher fieberfrei. An der Stelle, an welcher der transplantirte Hautlappen gangraenos wurde, liegen zwar die Hautränder gut aneinander in Folge der Entſpannungsnaht, auch zeigen ſie Granulationen, aber keine Tendenz zur Verwachſung. Sie werden deshalb in Chloroformnarkoſe angefriſcht und mit einander vereinigt. Entſpannungsinciſion. Silberplattennaht; fünf Silberdrahtnähte.

22. VI. Befinden ſehr gut. Temperatur Morgens 37,0, Abends 37,8.

26. VI. Bisher vollſtändig fieberfrei. Der Wangendefekt verkleinert ſich immer mehr. Die neulich angefriſchten Hautränder beginnen mit einander zu verheilen.

28. VI. Die Silbernähte werden entfernt, nachdem die Hautränder verwachſen ſind. Die Silberplattennaht bleibt jedoch noch liegen.

30. VI. Patient iſt geheilt, d. h. der transplantirte Lappen iſt in feſte Verbindung mit der Nachbarſchaft getreten. Auf der linken Wange beſteht nur noch ein circa 2 Markſtücke groſser Hautdefekt, an deſſen Stelle ſich friſche Granulationen befinden. Das untere Augenlid iſt ein wenig nach unten und der Reſt der linken Hälfte der Oberlippe durch Narbencontraction nach oben verzogen. Eine vollſtändige Uebernarbung des Defektes durfte in 10—14 Tagen zu erwarten

ſtehen. Indeſs wunſcht Patient der Koſten halber ſchon früher in ſeine Heimath zurückzukehren, und ſteht ſomit ſeiner Entlaſſung in den nächſten Tagen Nichts im Wege.

Epikrise:

Der ganze Verlauf der Krankheitsgeſchichte und der heutige Zuſtand des Patienten geben uns die Berechtigung, die eingeſchlagene Operationsmethode als eine vollkommen gelungene zu bezeichnen. Wenn freilich auch nicht mit Stillſchweigen übergangen werden können die wenigen Unannehmlichkeiten, welche in den Tagen nach den beiden operativen Eingriffen auftraten, ſo müſſen wir doch einfach bekennen, daſs ſelbige Eventualitäten ſind, welche bei jeder Operation, ſelbſt unter Anwendung der ſtrengſten Antiſeptik vorkommen können. Ich meine einmal das Auftreten des Erysipels und fernerhin das theilweiſe Gangraenoswerden des transplantirten Lappens. Ja ſelbſt wenn es in unſerer Macht geſtanden hätte, den erſten Akt der Operation unter antiſeptiſchen Cautelen auszuführen, ſo hätten wir doch nicht mit Gewiſsheit ſagen können, es werde ein Erysipelas traumaticum nicht auftreten. Da ſelbiges eine Dermatitis iſt, welche ſtets auf Infection beruht (Billroth), ſo können wir ein Entſtehen derſelben nicht mit poſitiver Sicherheit verhindern, da wir bis heute nicht im Stande ſind zu wiſſen, ob und in wie weit wir alle und jegliche Infectionskeime vernichtet haben. Aufserdem aber müſſen wir bedenken, daſs, ſelbſt wenn wir auf das peinlichſte die Wunde desinficirt haben, doch noch eine Infection dem Kranken von einem Entzündungs- oder Fäulniſsherd zugehen kann, welchen er ſelbſt an ſich trägt.

Was die zweite Unannehmlichkeit betrifft, das theilweiſe Gangraenoswerden des transplantirten Lappens, ſo iſt ſelbiges Vorkommniſs bei plaſtiſchen Operationen im Allgemeinen nicht allzu ſelten. Als Grund hierfür in unſerem Falle müſſen wir dreierlei anführen, einmal den Umſtand, daſs die Haut in

der Gegend des Augenlides ſchon von vornherein ſehr ſchlecht ernährt iſt, ferner die Länge des gebildeten Lappens und endlich den Einfluſs der nicht zu umgehenden Naht. Es leuchtet klar ein, daſs die Ernährung der vom Stile des Lappens ſo weit entfernten Partie eine nur ſehr mangelhafte ſein kann. Daſs dieſelbe faſt völlig unterbrochen ja ſelbſt ganz aufgehoben werden kann, wie es bei unſerem Kranken eintrat, muſs man ohne Zweifel der einſchnürenden Wirkung der Naht beimeſſen. Wie aber unſer Fall zeigt hat das Abſterben der Randpartie des Lappens keinen ſehr nachtheiligen Einfluſs ausgeübt, es ſei denn, daſs der nochmalige kleine operative Eingriff ein groſses Uebel geweſen ſei.

Wir können alſo ſagen, daſs bei herabgekommenen oder alten Individuen mit malignen Neubildungen im Geſichte eine Operation in zwei Zeiten, wie ſie in vorliegendem Falle ausgeführt wurde, ihre vollberechtigte Indication hat.

Zum Schluſse möge es mir geſtattet ſein, Herrn Geheimrath Profeſſor Ritter von Nuſsbaum für die gütige Ueberlaſſung des vorliegenden Falles meinen innigſten Dank auszuſprechen. Auch dem Herrn Aſſiſtenten Dr. Paffet ſage ich an dieſer Stelle für ſeine mir in ſo liebenswürdiger Weiſe zu Theil gewordene Unterſtützung meinen beſten Dank.